

TERAPÊUTICA DAS AFECÇÕES GÁSTRICAS (*)

JOSÉ FERNANDES PONTES

Assistente extranumerário da Cadeira
de Terapêutica Clínica.

Tentarei resumir aos senhores o tratamento das afecções gástricas mais importantes. Vamos considerar apenas aquelas encontradas diariamente na vida prática e existentes na quase totalidade dos pacientes portadores de afecções do estômago. São elas: o câncer, a úlcera gastroduodenal e as inflamações simples ou gastrites e as dispepsias gástricas. As outras afecções, mais raras (sífilis, tuberculose, etc.), deixaremos de lado.

A *sintomatologia* das diversas afecções gástricas é restrita. Têm elas poucas modalidades de se apresentarem. Os sintomas derivam de alterações gástricas fisiológicas de três ordens: alterações da secreção, alterações motoras e alterações da sensibilidade. As *alterações da secreção* podem se fazer para mais ou para menos, respectivamente a hiperquilia ou a hipoquilia. As *motoras* também podem se modificar para mais ou para menos: temos então os estados de hipertonia ou espásticos, ressaltando os espasmos da região pilórica, com distúrbios do esvaziamento do órgão. As perturbações para menos constituem os estados de hipotonia, em geral com relaxamento do piloro. O esvaziamento gástrico se retarda quando há, ou espasmo pilórico, ou atonia da parede gástrica. Essas alterações motoras e secretoras costumam estar associadas. Na úlcera, por exemplo, existe hipercloridria e hipertonia, com esvaziamento rápido do estômago, ou retardado, quando o espasmo da região pilórica for, acentuado. As *alterações da sensibilidade* são verificáveis pela anamnese e dizem respeito principalmente à dor, em suas várias modalidades, desde a vaga sensação de desconforto, mal localizável, até às sensações verdadeiramente dolorosas em que não só a sede é apontada com exatidão, mas também o caráter é bem definido. As sensações dolorosas que podem ser referidas são: de peso, de estufamento, de queimação, quer epigástrica, quer retro-esternal (azia e pirose), de fome, de pontadas, de torção ou de estiramento. A sensação de náusea que pode culminar no vômito; a perda de apetite; as regurgitações, a aerofagia, as eructações. Men-

(*) Aula proferida no Curso de Terapêutica Clínica do Departamento Científico do "Centro Acadêmico Oswaldo Cruz", em Agosto de 1945.

cionamos aos senhores estes vários sintomas das afecções gastro-duodenais mais com o fim de lhes lembrar que nenhum deles de per si permite o diagnóstico de nenhuma das afecções mencionadas acima. E' da maneira pela qual eles se combinam, não só no tempo, como também em determinado indivíduo, em função da sua idade, do seu estado geral que resulta o diagnóstico clínico. Assim, o fenómeno doloroso só levará ao diagnóstico de úlcera quando a dor for periódica (10, 20, 30 ou mais dias de sofrimentos, com acalmias longas) e sofrer variações com a ingestão de alimentos. A suspeita de neoplasia é bem fundamentada quando se tem um paciente com 40 ou mais anos de idade que se queixa de anorexia, sensação de peso, de estufamento, de mal-estar após as refeições. Portanto, todos os sintomas devem ser avaliados uns em relação aos outros, em função dos fatores que interferem nas suas manifestações.

Digamos de passagem que a maior parte desses sintomas, como a dor, a sensação de peso, de estufamento, de náuseas, os vômitos, as eructações, etc. se produzem antes por distúrbios motores do estômago, do que por desvios secretores. Admite-se ser a queimação um fenómeno de mucosa, não só gastrica, mas também esofageana, inflamada ou hipersensível ou submetida a um estímulo químico intenso. Sabe-se hoje que não depende necessariamente de hipercloridria. E' encontravel em aquílicos e pode ser produzida pela aplicação de soluções alcalinas à mucosa do esôfago inferior.

Pelo conjunto de manifestações que possam apresentar, as afecções gastricas, didaticamente ao menos, se dividem em duas síndromes: *síndrome hiperestênica* e *hipoestênica*.

A *síndrome hiperestênica* é caracterizada essencialmente por: a) dores tardias em relação às refeições, em geral cedendo com a refeição seguinte ou com a ingestão de alimentos mesmo em pequena quantidade. As dores são em geral de queimação, sensação de ardência, de cólica, em geral no epigastro, com ou sem carater transfixante. Um carater importante destas sensações é sua atenuação com a ingestão de alimentos; b) em geral há hipercloridria; c) as alterações motoras são também para mais: hipercinesia, espasmos; d) vivacidade e excitabilidade neuromuscular grandes.

Na síndrome hiperestênica colocamos: a úlcera, as gastrites hiperclorídricas e as hipertróficas, certos tipos de dispepsias.

Síndrome hipoestênica: Tem como sinais mais importantes: a) sensação de mal-estar post-prandial precoce, com pêso e estufamento epigástricos, eructações, queimação; b) hipocloridria; c) hipocinesia e hipotonia; d) astenia física e mental, pacientes abúlicos; anorexia.

Na síndrome hipoestênica se incluem: as neoplasias gástricas, as gastrites hipo ou anaclorídricas e atróficas, certas dispepsias.

Procurei colocar as afecções gástricas dentro destas duas síndromes, visando mormente o tratamento. Veremos que há normas gerais, aplicáveis ao conjunto de afecções de cada uma das síndromes.

Para se chegar ao diagnóstico exato de cada uma das afecções gástricas cujo tratamento constitui o objeto de nossa aula, há necessidade, como todos os senhores sabem, do concurso de exames subsidiários: exame do suco gástrico, exame radiológico e exame gastroscópico. Devem os senhores ter bem presente que o diagnóstico de *dispepsia gástrica* deve ser feito por exclusão. Devemos eliminar todas as afecções orgânicas, com o máximo de atenção. Não se deixem dominar pela tendência à lei do mínimo esforço, neste particular, diagnosticando com facilidade ou quase a priori dispepsia gástrica. É preciso também não nos esquecermos que as afecções orgânicas costumam se iniciar por distúrbios de função. Aquilo que ontem diagnosticamos dispepsia gástrica hipoestênica, pode-se transformar amanhã em neoplasia. Todo o paciente considerado hoje como portador de uma gastrite simples, que não melhora com o tratamento corretamente prescrito, precisa ser reexaminado amanhã com todos os recursos à disposição. Não confiar em demasia e definitivamente em diagnósticos anteriores, embora feitos por nós mesmos.

Passemos adiante. Quero rememorar com os senhores as possíveis causas de uma dispepsia gástrica. Lembremo-nos neste particular do conceito de Gutmann: o estômago é um órgão de linguagem restrita para anunciar suas doenças e, apesar disto, por meio desta linguagem costuma falar também dos males de outros órgãos.

a) *Dispepsia reflexa*: de um modo geral, qualquer órgão doente da cavidade abdominal pode repercutir sobre o estômago. Acen tuemos principalmente: as doenças das vias biliares e as apendicopatias. Grande parte da sintomatologia dos distúrbios da árvore biliar correm por conta de sua repercussão sobre o estomago e o duodeno. O vômito, por exemplo, é mais vezes causado por colecistopatias do que propriamente por gastropatias. As discinésias vesiculares hipocinéticas, acrescidas ou não de inflamação e litíase, dão o quadro da dispepsia hipoestênica. Já as discinésias hipercinéticas, com ou sem complicação compõem a síndrome da dispepsia hiperestênica. Não esquecer que os distúrbios gástricos das moléstias das vias biliares podem depender de gastrite associada e não só por fenômenos reflexos motores e secretores.

b) *Dispepsia por maus hábitos alimentares ou na maneira de tomar as refeições.* Um interrogatório orientado neste sentido revelará que o nosso doente não tem horário para se alimentar. Absorvido pelo trabalho intenso diário, muitas vezes nem se sente socegradamente para tomar uma refeição. Quando nos lembramos de que o estômago, para receber os alimentos sofre modificações de tônus de sua musculatura, o chamado relaxamento receptivo, fenómeno pelo qual se adaptam conteúdo e continente, compreendemos a razão das sensações de estufamento, de eructações, de peso, de queimação acusadas por esses pacientes. Basta, então, a correção desses maus hábitos para tudo se normalizar.

c) *Dispepsias por endocrinopatias:* Mencionemos apenas que as afecções de algumas glândulas de secreção interna, mormente da tireóide e das suprarrenais, podem se iniciar e evoluem com fenómenos gástricos ou gastro-intestinais.

d) *Dispepsias por tóxicos exógenos ou endógenos:* Citemos apenas: o fumo, o álcool, o excesso de temperos, o estado de uremia, acidose, alcalose.

e) *Dispepsias nervosas:* dos pacientes portadores de psico ou nevropatias.

f) *Dispepsias alérgicas:* Sabe-se que o estômago pode representar órgão de choque de estados alérgicos. Os senhores sabem que através do gastrosκόpio já foram notados fenómenos de edema localizados na mucosa gástrica, verdadeiras placas urticarianas ou de edema de Quinke. O diagnóstico se faz pela intolerância específica a certos alimentos (azia, eructações, náuseas, vômitos, etc.). O tratamento mais certo e eficiente consiste em se retirar o alergeno.

Mais uma vez insisto com os senhores em que o diagnóstico de dispepsia é de exclusão: afastamento de toda e qualquer afecção orgânica e descoberta de uma das causas de dispepsia. Muitas vezes só se completa o diagnóstico pelo tratamento, mediante desaparecimento dos sintomas mercê da eliminação da causa. As dispepsias gástricas podem assumir tanto feição hipostênica, quanto hiperestênica.

Dadas estas noções sucintas sobre a patologia gástrica, vejamos agora o tratamento.

TRATAMENTO: Começemos pelas afecções que se manifestam por fenómenos hiperestênicos. A todas elas se aplicam normas gerais de tratamento clínico. O meio mais eficiente, e que deve ser administrado com todo o cuidado é o *regime alimentar*. Os medicamentos, quando a dietética é bem orientada, ocupam posição mais secundária.

Regime alimentar: Permitam-me lembrar aos senhores, em 1.º lugar, a influência que exercem os alimentos sobre a secreção e a motilidade gástricas. Consideraremos apenas os facilmente encontráveis em nosso meio. Dividimos em 4 grupos, segundo sejam fortes, médios ou fracos estimulantes, e os depressores das funções gástricas.

1.º) *Excitantes fortes:* Em 1.º lugar as purinas e as substâncias extrativas da carne (creatina, creatinina, proteoses, peptonas). São os mais enérgicos estimulantes. Em 2.º lugar a cafeína, também poderoso excitante, usado por isso com o estimulante na prova de Katsch-Kalk. Em seguida: os condimentos picantes, aromáticos, o sal; a crosta dos alimentos fritos e assados, ou grelhados, mormente das carnes. As carnes cozidas são também fortes excitantes quando colocadas em água já quente. O calor coagula imediatamente as proteínas da superfície da carne, impedindo a saída das substâncias extrativas. São, entretanto, estimulantes mais fracos quando são cozidas por aquecimento progressivo da água, inicialmente fria. Nesta eventualidade, as substâncias extrativas saem para a água, constituindo o caldo da carne, agora altamente excitante da secreção gástrica.

2.º) *Excitantes médios:* Leite, os mingaus à base de leite, ovos, queijos, bôlos, pasteis e alimentos de pastelaria, pudins, os legumes, os sucos de frutas diluídos, a cenoura, a beterraba, o tomate, o pimentão, o pepino. Os três últimos alimentos são às vezes mal tolerados, principalmente pela película externa. O leite, além de estimulante médio, tem a propriedade importante de neutralizar volume a volume uma solução 0,3 % de ácido clorídrico. Assim sendo, praticamente, 1 litro de leite fixa a acidês de 1 litro de succo gástrico, ou um pouco mais mesmo. Notemos que os ovos, embora ricamente proteicos, são estimulantes médios e muito bem tolerados pelos hiperquílicos. Os queijos devem ser frescos, tipo Catupiry, requeijões. Os queijos envelhecidos, fermentados, são estimulantes mais fortes.

3.º) *Excitantes fracos:* Os cereais, as farinhas, féculas, pão, açúcares em concentração abaixo de 20 %; a maioria das verduras e das frutas.

4.º) *Depressores da secreção:* Todas as gorduras (desde que não sejam fritas, tornando-se, então, irritantes) e os açúcares em concentração acima de 20 % (doces, caldas, mel, melados). Estes são depressores em uma 1.ª fase, produzindo em seguida excitação da secreção, donde não serem, via de regra, bem tolerados pelos hiperquílicos.

A ação depressora das gorduras corre por conta de um mecanismo humoral. Foi demonstrado que o contato dos alimentos, e, sobretudo das gorduras, com a mucosa duodenal e de todo o intestino delgado, desperta a formação, por parte da parede dessas porções do intestino de um hormônio que deprime tanto a secreção quanto a motilidade gástrica. Esse hormônio se denomina *enterogastrona*. Parece que a *urogastrona*, que alguns AA. supuseram ser diferente da enterogastrona, é o mesmo hormônio isolado da urina. Houve algumas tentativas, embora ainda não extensas, de aplicação da enterogastrona na terapêutica da úlcera gastro-duodenal.

Revistas estas noções, vejamos, como devem os senhores se orientarem na prescrição de um regime alimentar para um paciente portador de fenômenos hiperestênicos. Com o fim de objetivarmos melhor a nossa exposição suponhamos que o nosso paciente seja um ulceroso gástrico ou duodenal. Tudo que dissermos vale para os hiperquílicos com ou sem gastrite.

O regime nestas ocasiões deve ter em mira dois pontos: a) Ser de ação excitante mínima sobre o estômago; b) ser neutralizante do suco gástrico. Conhecidas as propriedades dos alimentos sobre as funções do estômago, fica bem mais fácil aos senhores comporem o regime alimentar de um ulceroso. Quero chamar a atenção dos senhores para a tendência que se nota em não se ser muito severo nas restrições alimentares destes pacientes. O mais importante é o uso de alimentos hipoexcitantes e neutralizadores e, ainda, o fracionamento das refeições. De 2 anos para cá, a tendência geral é não se seguir com rigor os regimes de Sippy e de Kalk, pela sua monotonia e pelo excesso de leite que contêm, principalmente nas primeiras semanas. Temos adotado o regime que está esquematizado nesta prancha:

Regime alimentar na úlcera gastro-duodenal ou nas hiperquílias sem úlcera:

- 1.^o Grau: Leite 1 a 1 1/2 litros. Bolachas; Biscoitos secos. (10 a 20 dias). Mingaus de farinhas finas (maizena, araruta, arrozina, Pablum, fubá mimoso). Manteiga fresca. 2 a 3 ovos quentes. Pirão de batatas, de cará, de mandioca e arroz bem cosido. Banana cosida ou assada. Requeijão. Ricota. Macarrão cosido, com manteiga. Creme de leite. Caseinato de Ca. Suco de cenouras diluído.

2.º Grau: Pão torrado. Torradas. Batatá cozida. Mandioca (1 a 3 mezes). quinha, mandioca, e cará cozidos, ensopados. Canjica miuda, com leite. Queijo fresco, Catupiry. Arroz doce. Cremes. Pudim de pão. Manjar branco. Pera em compota. Maçã assada. Abacate. Lima. Banana maçã ou prata. Verduras tamisadas, em soufflés. Bolos. Macarrão com molho branco ou com queijo fresco. Sopas de caldo de verduras.

3.º Grau: Verduras bem cozidas. Feijão passado na peneira. Creme de ervilhas. Carne assada (Vacum, magra e tenra). Frango assado. Peixe ensopado, polpa de tomate. Cenouras.
Eventualmente: doces, croquetes. Suco de laranja doce, diluído. Mamão. Figo em calda.

Proibidos: Café. Fumo. Chás. Caldo de carne. Carnes. Conservas. Visceras. Condimentos ácidos e picantes. Alcool. Frutas ácidas.

Temos tido resultados muito satisfatórios com a adoção deste regime. Os senhores devem proceder da seguinte maneira. Se o paciente se achar em período doloroso, de sintomas exacerbados, iniciem o tratamento a partir do 1.º grau do regime. Nesses 10 a 20 dias deve o doente ficar em repouso, no leito, sempre que possível. A experiência demonstra que o repouso físico facilita o desaparecimento dos sintomas, o surto ulceroso se encurta. Em casos excepcionais apenas, prescinda-se desse repouso, e isto quando, por questões sociais e econômicas, o nosso paciente estiver na impossibilidade de se afastar de seus afazeres. Preferir nessas situações o socego psíquico ao repouso físico.

Se o paciente estiver em período de acalmia da úlcera, não há necessidade de se iniciar o regime pelo 1.º grau. Podem ser permitidos alimentos constantes do 1.º e 2.º graus. O repouso físico é menos indicado.

A duração de cada grau do regime varia de caso para caso, bem como a distribuição dos alimentos. Respeitem-se sempre as intolerâncias individuais. Há pacientes que não toleram bem, por exemplo, a manteiga, o mamão, etc.. Estes alimentos devem, então, ser afastados.

A admissão de novos alimentos deve ser sempre progressiva, tateando-se as intolerâncias individuais. Além disto damos ao paciente com a introdução gradual de alimentos, a sensação de que ele está melhorando. A proscricção dos alimentos proibidos, assinalados no quadro, deve ser formal. Devemos incutir em nossos pacientes que eles devem desconhecer esses alimentos. Quando temos a felicidade

de encontrar em nosso doente colaboração nesse sentido, o sucesso do tratamento clínico é sempre muito satisfatório.

Alguns esclarecimentos devem sempre ser dados aos doentes. Em 1.º lugar, devemos explicar-lhes o caráter cíclico, periódico, da evolução da úlcera. Não deixar o doente com a impressão de que, seguindo o tratamento clínico, nunca mais terá sofrimentos. E' preciso dizer que a possibilidade da volta dos sintomas não fica excluída. Esta possibilidade entretanto, será tanto menor, quanto maior o rigor com que as prescrições forem seguidas. E mesmo os novos surtos, que por ventura sobrevenham, serão mais suaves.

Em 2.º lugar, aconselhar ao paciente preferir nas festas os doces aos salgados. Destes, apenas os a base de queijo. Assim sendo, pomos o nosso doente a coberto de extravagâncias e também permitimos que fique mais à vontade nas reuniões sociais, disfarçando a necessidade de não se afastar do regime. Compreendem os senhores que um paciente com úlcera gastro-duodenal em período de acalmia, nada sofrerá aparentemente só pelo fato de ter comido carnes em uma festa e uma taça de champanhe, por exemplo. Ora, se formos de rigor excessivo neste ponto, acontecerá o seguinte: Feita a extravagância e verificando o paciente que nada aconteceu, ele experimentará novamente e ao fim de certo tempo está o nosso paciente em inteiro abandono do regime. E' melhor então que os senhores advirtam os doentes destas situações. Que em dias de festas (desde que não sejam numerosos), essas pequenas extravagâncias são toleráveis. Assim procedendo, mais humanamente, seguimos o caminho mais certo de conseguirmos observância do regime por anos e quiçá mesmo para o resto da vida. Porque, na realidade, as restrições alimentares, apontadas no regime, são compatíveis com regime farto e variado. Estamos seguindo alguns pacientes há 5 anos já, em estado satisfatório, sem volta de surtos, quando antes de submetidos às prescrições, costumavam ter uma a duas exacerbações anuais.

Os medicamentos alcalinos e antiespasmódicos: Constituem outro ponto de certa importância no tratamento dos ulcerosos. Não deve, entretanto, haver excesso desta medicação. Com os alcalinos hoje em uso, menos absorvíveis, os perigos da alcalose são mais longínquos. Estamos de inteiro acordo, com Peters, quando afirma que os alcalinos são tanto menos necessários, quanto melhor prescrito for o regime alimentar. E por regime alimentar bem prescrito devemos compreender, não só as qualidades dos alimentos, mas também, e este é um ponto de suma importância e para o qual chamo encarecidamente a atenção dos senhores, a distribuição horária, regular, fracionada, das refeições. Um hiperquílico nunca deve permanecer mais de 3 horas sem se alimentar, mesmo em período de remissão. No 1.º grau do regime, com o paciente em surto, as refeições devem ser cada

1 1/2 a 2 horas; cessada a sintomatologia cada 2 a 2 1/2 horas. Só mais tarde cada 3 horas. Neste particular também deve haver cuidadosa adaptação a cada caso. As refeições sempre devem ser mais frequentes no período do dia, em que a dor costumava aparecer. Se o nosso doente, por exemplo, nunca tivera dor no período da manhã, mas só à tarde, basta uma pequena refeição no meio desse período, caso o intervalo entre a refeição da manhã e o almoço seja maior que 4 horas. O período da tarde deverá contar, então, com duas pequenas refeições intermediárias.

Os alcalinos devem ser dados também de preferência nos períodos do dia em que a dor aparece. Nunca mais de 4 a 5 tomadas, nos intervalos das refeições, mesmo nas fases de surtos. Com a melhora do quadro clínico reduzir para 3, 2 ou 1 tomada. Uma destas deve ser sempre no momento de deitar-se, juntamente com uma refeição composta de leite, bolachas e 10 a 20 grs. de manteiga fresca.

Nos pacientes muito nervosos, prescrevam-se brometos e barbitúricos.

O repouso psíquico do ulceroso e dos hiperestênicos em geral, é condição fundamental para o êxito do tratamento. Devemos procurar a solução melhor possível para os problemas morais do paciente. Este é um dos pontos para os quais chamo a atenção dos senhores: A Medicina Psicosomática tem trazido notáveis contribuições neste setor.

Indicações cirúrgicas no tratamento da úlcera gastroduodenal: Julgamos desarrazoada a orientação unilateral de certas autoridades médicas de nosso país e do estrangeiro, considerando uns que a úlcera é de tratamento exclusivamente cirúrgico e outros que o único tratamento seja clínico. Como sempre, impõe-se o estudo metódico do doente. Consideraremos 2 grupos de doentes, passíveis de tratamento cirúrgico: 1.º) Pacientes com indicações operatórias absolutas; 2.º) Pacientes com indicações operatórias relativas.

1.º) *O tratamento cirúrgico é obrigatório:* a) *Nas úlceras perforadas:* Constituem um quadro de abdomen agudo; b) *Nas úlceras estenosadas ou em vias de estenose:* o máximo que podemos fazer nestas situações é um tratamento clínico pré-operatório, que poderá ser feito com calma e prudência, quando as circunstâncias o permitem; c) *Nas úlceras perfurantes ou terebrantes:* são as úlceras que atingem aos poucos a camada peritoneal, dando os fenômenos de periviscerite simples ou com acometimento de órgãos vizinhos. Estão neste caso as úlceras que atingem o pequeno epiplon, comprometendo as vias biliares ou que alcançam os tecidos que envolvem a cabeça do pâncreas. Quando uma úlcera gastro-duodenal toma esta evolução a operação se impõe o mais breve possível. Quanto mais cedo se realize o ato

cirúrgico, tanto maior facilidade terá o cirurgião em seu trabalho, evitando-se as aderências extensas, as retrações intensas a operação é menos traumatizante; d) As *úlceras calosas*, de nicho grande, profundo. A tendência destas úlceras é para retração, deformando o bulbo ou a pequena curvatura do estômago, produzindo o estômago em caracol ou prognata; e) *Nos casos de úlceras gástricas, com nicho grande* e nas quais as circunstâncias clínicas não nos permitem certeza se se trata ou não de um carcinoma ulcerado. Neste particular é digna de menção a orientação de Gutman, com o tratamento proteínoterápico (12 a 18 injeções venosas de Novoprotin). Se houver nítida diminuição do nicho no espaço de 20 a 40 dias com esta terapêutica, é sinal quase absoluto, para Gutmann, de se tratar de úlcera simples (regressão dos fenômenos de edema). Caso contrário fica estabelecido o diagnóstico de neoplasia ulcerada. Nem sempre, entretanto, os fatos se esclarecem tão bem na prática e a intervenção cirúrgica se impõe; f) Nos casos em que, apesar de rigoroso tratamento clínico, os fenômenos dolorosos não cedem, continuando ao contrário, com extrema violência. Muitas vezes o que acontece não é propriamente falência do tratamento clínico, mas a sua inobservância.

2.º) *O tratamento cirúrgico tem indicações relativas:* a) Nas chamadas *indicações sociais*. Estamos de acordo em que certas circunstâncias, decorrentes das condições de vida de nosso doente levam-nos a prescrever-lhe uma operação. É o paciente que reside em lugares distantes, sem recursos imediatos, ou aquele que, por circunstâncias econômicas ou de sistema de vida, não podem ter ou horário de refeições ou recursos para selecionar alimentos. Entretanto, ao procedermos assim, é necessário que os nossos doentes sejam antes muito bem estudados. Há numerosos gastrectomizados que sofrem mais agora do que antes da operação. Tivemos a honra de sermos o relator da parte clínica do tema "O estômago operado", em Janeiro de 1944, na Associação Paulista de Medicina. Abordamos nessa ocasião exatamente este aspecto da questão. Vimos, então, que os gastrectomizados que sofrem de distúrbios digestivos, são enquadráveis em 3 grupos: a) os que tinham antes uma enterocolite crônica, que se agrava após a operação; b) os que tinham infecção endógena do delgado; c) os que têm intolerâncias alimentares, isto é, alergia digestiva, em geral por alimentos. O problema está merecendo de nossa parte estudo mais amplo, no Serviço do Prof. B. Montenegro. b) *As úlceras que sangram*: Também aqui, mais do que nunca, há necessidade de estudo minucioso do paciente. Há AA. intervencionistas imediatos, operando todo o caso de úlcera que sangra. Vários fatores precisam ser ponderados antes de se decidir pela conduta a ser seguida. Vejamos os principais: a) As estatísticas demonstram que a grande

maioria dos pacientes que morrem por hemorragia de úlcera, têm mais de 45 anos de idade. Jankelson e Segal demonstraram que a idade média dos pacientes que morrem com esta complicação é de 54 anos; *b*) Se o paciente não nos refere história dispeptica ou ulcerosa anteriormente à hemorragia, as possibilidades de parada mais rápida da hemorragia são maiores. Na opinião de Bockus a ausência de sintomas anteriores é indício de lesão superficial. As estatísticas confirmam esta orientação; *c*) Se o paciente em radiografias anteriores possui uma úlcera calosa, é bem provável ser grande o vaso que sangra no momento. Lembremo-nos que a hemorragia em um ulceroso pode depender tanto de artérias grandes, quanto de veias, de vasos do recido de granulação do fundo da úlcera, de erosões da gastrite associada, etc.; *d*) O número de hemorragias anteriores não tem valor decisivo na opinião de muitos AA.; *e*) O volume de sangue perdido referido pelo doente ou pelos familiares, não nos deve impressionar definitivamente. Um volume pequeno de sangue, em estômago com hipersecreção, simulará volume grande de hemorragia. Ao contrário, uma hemorragia de vulto pode ter o sangue drenado para o intestino, sendo vomitado nenhum ou muito pouco sangue; *f*) Mais importante é os senhores realizarem um exame clínico do paciente, verificando principalmente: a palidez da pele, o estado subjetivo (tontura, fraqueza, lipotímia), o pulso, a pressão arterial. Há perturbações hemodinâmicas, em geral somente quando a perda sanguínea excede 350 cc. As perdas pequenas são rapidamente compensadas pelos órgãos depósitos, como o baço e pelos fluidos extracelulares dos tecidos (Wright). A taquicardia é compensadora da hipovolemia que se estabelece. A hipotensão, como sabem da patologia da circulação periférica, é índice de insuficiência circulatória mais séria; *g*) Há alguns dados de laboratório que podem nos orientar na orientação a seguir. Menos de 2.500.000 a 3.000.000 de hemácias por mm^3 de sangue é índice de abundante perda sanguínea. Valor hematócrito baixo demonstra hemodiluição acentuada à custa dos fluidos extracelulares. Há estatísticas demonstrando que a intensidade de redução do valor glóbulo/plasma é proporcional à mortalidade. Ainda, na opinião de Bockus e de outros AA. uréemia acima de 100 mgrs.% é mau prognóstico, dando grande percentagem de mortalidade, enquanto a mortalidade era quase desprezível quando a taxa urêmica estava abaixo de 70 mgrs.

Diante de todos estes fatos, qual a conduta que os senhores devem seguir? Hospitalizar o paciente sempre que possível. Repouso absoluto. Hemostáticos. Transfusão de sangue ou de plasma, sendo que a transfusão de sangue é imprescindível toda a vez que as hemácias caíam abaixo de 3.000.000, iniciando com 500 cc. Um outro ponto muito importante, é a alimentação precoce do doente. Não se

deixa mais hoje o paciente por 24 ou 48 ou mais horas sem se alimentar. O estômago vazio não permanece em repouso como demonstraram Cannon e Carlson. Por outro lado, sabe-se que no estômago vazio a parede gastro-duodenal fica mais exposta à ação do ácido clorídrico. Baseados nestas considerações fisiopatológicas, os AA. modernos não permitem mais aquele longo período de jejum, sob pretexto de proporcionar repouso ao órgão doente. Estes fatos foram revividos por Meulengracht em 1934 e desde então tem se generalizado o emprego da alimentação precoce, variando apenas a composição do regime que os diferentes autores usam.

Sempre que possível nós temos dado aos doentes com úlcera sangrando 1 a 3 dias de regime lácteo, 1 chicara ou copo cada hora ou hora e meia, passando logo ao regime do 1.º grau, como se se tratasse de uma *poussée* ulcerosa.

Bem, tomadas todas estas medidas, os senhores examinem o doente cada meia hora nas primeiras 24 horas. Se o pulso tende a se tornar mais lento, se a pressão arterial não cai e tende a subir, se o valor hematócrito não cai, mas tende a se normalizar, se o estado subjetivo do doente melhora, os senhores continuem o tratamento encetado. Se os fatos demonstrarem, entretanto, evolução inversa, ou se a situação não se altera apesar das transfusões de sangue, não percam tempo. A hemorragia continua. A operação deve se realizar dentro das 48 primeiras horas. Protelação maior agrava extremamente o prognóstico.

Tratamento das síndromes hipoestênicas: As condições aqui existentes são opostas as das síndromes hiperestênicas. Existe hipo ou anacloridria; hipocinésia, hipotonia da parede gástrica, relaxamento do piloro. São pacientes astênicos, com sensação de estufamento epigástrico após as refeições, com sensação nauseosa, sonolentos, abúlicos, desanimados. Anorexia é a regra. Evitam comer para não terem as perturbações post-prandiais. São emagrecidos, anêmicos. A anemia pode ser tanto hipo-crômica, quanto hiper-crômica (anemia perniciosa). A gastrite atrófica é comum, quer seja atrófica desde o início, quer não. Nunca se esqueçam de que atrás de um quadro clínico destes, pode estar um neoplasma, mormente se se tratar de indivíduo de mais de 40 anos de idade. E os senhores sabem que o sucesso do tratamento de uma neoplasia está em sua extirpação precoce.

O tratamento é também dietético e medicamentoso nas gastrites e dispepsias hipoestênicas. O *regime alimentar* deve preencher duas finalidades: a) *Suprir a hipo ou anacloridria*. Para isto não usar o tecido conjuntivo cru, que não é digerido se não houver ácido clorídrico no estômago. As carnes devem ser, então, bem passadas, picadas ou moidas. Também os alimentos em tubérculos (batatinha, cenoura, mandioca, mandioquinha, cará) devem ser ingeridos bem

fragmentados, ensopados ou em forma de pirão. b) *Estimular a secreção e a motricidade do estômago*, nos casos em que houver hipocloridria ou em que a anacloridria não for verdadeira (prova de fracionamento gástrico com histamina). Prescreveremos então, aqueles alimentos que vimos serem fortes estimulantes da secreção: caldo de carne, carnes tostadas, pão torrado, sucos de frutas ácidos. Evitar as frituras, porque os produtos oriundos da decomposição da gordura frita são irritantes. Evitar também os depressores da secreção. Os alimentos devem ser muito bem mastigados. O ato da mastigação estimula reflexamente a secreção gástrica. Cuidar do preparo adequado dos alimentos, quanto a cheiro, aspecto e apresentação (excitação psíquica da secreção gástrica).

Um outro cuidado importante é não dar refeições muito grandes, com o que se evitam todas as sensações desagradáveis post-prandiais.

Medicamentos: São indicados: o ácido clorídrico, ao terço ou ao 1/4. Por exemplo:

Ácido clorídrico puro	25 cc.
Água filtrada	75 cc.

Tome XXV a XXX gotas em 1/4 de copo d'água, logo após as refeições.

Os preparados que contenham pepsina e pancreatina.

Cuidar sempre do estado geral. Tratar da anemia. Corrigir as diarreias por acaso existentes.

Com isto temos resumido o que há de essencial no tratamento das afecções gástricas. Nunca se esqueçam de que o diagnóstico bem feito é a "conditio sine qua non" de uma terapêutica eficiente. A anamnese deve ser criteriosamente colhida. Nos casos em que não conseguirmos surpreender uma afecção orgânica ou em que o tratamento não esteja dando resultados satisfatórios, revejam o doente. Procurem conhecer-lhes melhor o "habitat". Verifiquem a existência de fatores morais e a influência possível sobre os padecimentos de seu doente.

BIBLIOGRAFIA ACONSELHADA

- 1) Boas, I. — Enfermedades del Estómago. G. Gilí, Ed., 1928.
- 2) Bockues, L. H. — Gastroenterology. Vol. I. Saunders, 1943.
- 3) Cardini, C. — Régimen alimentício en las enfermedades del estómago y del intestino. El Ateneo. 1938.
- 4) Gutmann, R. A. — Les Syndromes douloureux de la région épigastrique. Vol. I e II. Gastón Doin et Cie. Ed., 1940.
- 5) Ortiz, G. S. — Afecciones del Aparato Digestivo. Su tratamiento dietético. El Ateneo. 1944.
- 6) Oviedo Bustos, J. de — Ulcera Gastrica y Duodenal. El Ateneo. 1938.
- 7) Portis, S. A. — Diseases of the Digestive System. Lea and Febiger. 2.^a Ed., 1944.
- 8) Relifuers, E. — Diagnosis and treatment of Diseases of the Stomach. Saunders, 1927.



LABORATÓRIOS

SILVA ARAUJO
Caixa Postal 2923



ROUSSEL S. A.
Rio de Janeiro